

## Le surpoids est-il bon pour la Santé?

On en vient à se poser cette question après la publication des résultats d'une méta-analyse de Flegal et al. <sup>(1)</sup> dans l'hebdomadaire *Journal of American Medical Association (JAMA)*, indiquant que le surpoids est associé à un risque de mortalité moindre que lorsque l'on est de poids normal. D'autant qu'un vent médiatique reprenant les résultats de cette étude s'est emparé de la presse papier et audiovisuelle et pendant plusieurs jours, les rubriques santé n'ont été que présentations et discussions autour de cette étude.

En cette période de fêtes de fin d'année où l'excès alimentaire est notoire, cette ouverture à la déculpabilisation de la prise de poids était on ne peut plus de bon aloi. Mais sachons raison garder et analysons plus précisément cette étude.

### 1. Présentation des résultats

Katherine Flegal et ses collègues épidémiologistes du *National Center for Health Statistics* de Hyattsville (USA) ont analysé 97 études épidémiologiques, représentant un nombre total de 2,88 millions de personnes.

**Les résultats présentent une baisse statistiquement significative de la mortalité toutes causes confondues de - 6% chez les personnes en surpoids (25kg/m<sup>2</sup> <IMC <30kg/m<sup>2</sup>) par rapport aux sujets de poids normal (IMC entre 18,5 et 25 kg/m<sup>2</sup>).**

Cette donnée n'est pas franchement neuve, des études antérieures avaient déjà noté ce point mais cette méta-analyse a le mérite de limiter le nombre de biais possibles comme l'âge, le type de recueil de l'IMC (mesuré ou rapporté), le tabagisme, les comorbidités, etc.

L'étude confirme par ailleurs le sur-risque de mortalité lié à l'obésité mais ce sur-risque n'est statistiquement significatif que pour les obésités sévères c'est à dire avec un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup> (grades 2 et 3 de la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS). Pour les personnes avec une obésité de grade 1 (30kg/m<sup>2</sup> <IMC <35kg/m<sup>2</sup>), le risque de mortalité est *moindre* que chez les sujets d'IMC normal (entre 18,5 et 25 kg/m<sup>2</sup>) *d'environ - 5% mais sans significativité statistique*. Voir les données résumées ci-dessous dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Risques relatifs de mortalité toutes causes confondues selon l'IMC**

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classification OMS	Risque Relatif	Intervalle de Confiance 95%
18,5 à 25	Normal	1	–
25 à 30	Surpoids	0,94	0,91 – 0,96
> 30	Obésité	1,18	1,12 – 1,25
30 à 35	Obésité grade 1	0,95	0,88 – 1,01
> 35	Obésité grades 2 et 3	01,29	1,18 – 1,41

## 2. Discussion

L'obésité est présentée partout comme un défi de santé publique touchant les adultes comme les jeunes et les enfants. **L'obésité de grade 1 représente plus de la moitié des obèses aux USA.** Le nombre de personnes en surpoids est aussi considérable, 40% des hommes adultes et 30% des femmes adultes aux USA. **En France, selon les données récentes de l'enquête Obépi il y a 32,2% des personnes de plus de 18 ans qui sont en surpoids.**

***Sachant que le surpoids et l'obésité sont unanimement présentés depuis plusieurs années comme un risque important de morbi-mortalité notamment cardiovasculaire doit-on revoir par rapport à l'IMC toute la philosophie de la prévention mise en œuvre précédemment ?***

Dans un éditorial <sup>(2)</sup> publié dans la même revue que l'article de Flegal et al., Steven Heymsfield et William Celafu du *Pennington Biomedical Research Center* de Bâton-Rouge (USA) notent de manière judicieuse que **l'IMC n'est pas un marqueur satisfaisant pour en déduire des risques sanitaires car il ne compte que pour les 2/3 de la variation interindividuelle de l'adiposité totale, ne tient pas compte du sexe, de l'origine ethnique, des différences de condition physique.**

Les deux auteurs soulignent aussi que l'IMC n'est pas un bon facteur prédictif du risque métabolique. Deux personnes avec un IMC normal peuvent avoir le profil métabolique d'une personne en surpoids ou obèse (dyslipidémie, insulino-résistance, HTA) et à l'inverse une personne obèse ou en surpoids peut avoir le profil métabolique d'une personne normale.

Les deux auteurs conseillent donc de ne s'en tenir en clinique qu'aux facteurs de risque traditionnels : pression artérielle, glycémie, taux de cholestérol auxquels on ajoute l'IMC et le tour de taille.

Ils notent enfin un artefact dans l'absence de sur-risque de mortalité chez les personnes en surpoids du fait que dans la catégorie d'IMC normal il y a une forte hétérogénéité entre 18,5 et 25 et qu'une stratification plus précise en sous-groupes notamment en séparant les sujets entre 18,5 et 22 kg/m<sup>2</sup> et ceux entre 22 et 25 kg/m<sup>2</sup> aurait permis de préciser des catégories assez différentes.

**Enfin ils terminent leur propos en soulignant que cette étude si elle ne montre pas de sur-risque de mortalité pour le surpoids et l'obésité modérée, elle n'étudie pas le lien avec la morbidité et n'exclut donc pas un sur-risque de morbidité.**

**L'IMC ne donne pas non plus l'état des rapports en % entre masse grasse et masse maigre** alors que l'on sait maintenant que les déséquilibres de ce rapport à l'avantage trop important de la masse grasse sont à risque de maladie cardiovasculaire, de cancer, et de pathologie neuro-dégénérative.

**Le concept novateur de "diseasome of physical inactivity" initiée notamment par la physiologiste danoise B.K. Pedersen <sup>(3)</sup> et que l'on traduit par groupe de maladies liées à la sédentarité est fondé sur une explication de dysrégulations endocrines entre muscle et tissu adipeux chez le sédentaire.**

Autrement dit seule l'étude précise de la composition corporelle pourrait donner des arguments autrement plus précis et notamment sur l'association taux de masse maigre / taux de masse grasse et risque de mortalité.

Enfin on sait que la localisation de la masse grasse peut aussi être un élément de risque majeur ; c'est le cas notamment de la graisse péri viscérale dont l'excès augmente de manière importante le risque cardiovasculaire.

***Cette étude montre en tout cas tout le problème d'édicter des normes (ici concernant l'IMC) pour définir un lien de causalité validé et utile dans la pratique clinique.***

Les médias ont largement fait écho à une explication proposée par Flegal K et al. pour ce sous-risque de mortalité en cas de surpoids ou d'obésité grade 1. Celle-ci suggère que la masse grasse corporelle octroierait une plus grande réserve métabolique en cas de pathologies chroniques ou cataboliques ou traumatiques aiguës. Le sujet serait ainsi plus capable de résister à l'agression du processus pathologique.

**Mais rien n'a permis de préciser à ce jour le taux minimum de masse grasse corporelle en deçà duquel le sur-risque de mortalité apparaîtrait et pour cause comme on vient de le dire plus haut l'IMC ne permet pas cette précision.**

Il faut évoquer néanmoins une étude canadienne récente qui a montré la plus grande résistance des sujets obèses à des traitements agressifs. **Dans l'étude APPROACH (Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart disease)<sup>(4)</sup>, il a été supposé que les sujets obèses sont certes atteints plus jeunes d'insuffisance coronarienne mais ils peuvent être traités de manière beaucoup plus agressive que les sujets de poids normal.**

### 3. Conclusion

Aujourd'hui dans nos sociétés développées, suralimentées et sédentarisées, l'augmentation de l'adiposité, sa répartition et le déconditionnement musculaire sont un enjeu majeur de santé publique pour lequel l'IMC n'est pas un facteur de risque prédictif suffisamment précis pour étayer les pratiques cliniques préventives.

#### Références :

<sup>(1)</sup> Flegal KM et al. Association of all cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013 ; 309(1) : 71-82

<sup>(2)</sup> Heymsfield SB, Cefalu WT Does body mass index adequately convey a patient's mortality risk? *JAMA* 2013 ; 309(1) : 87-88

<sup>(3)</sup> Pedersen BK The diseasome of physical inactivity and the role of myokines in muscle-fat cross talk. *J Physiol* 2009 : 5559-5568

<sup>(4)</sup> Oreopoulos A et al. The relationship between body mass index, treatment and mortality in patients with established coronary artery disease : a report from APPROACH. *Eur Heart J* 2009 ; 30(21) : 2584-2592